Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über
Amentia bei Poliarthritis und Polineuritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johann Fülscher

aus Wandsbek.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0202

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über
Amentia bei Poliarthritis und Polineuritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johann Fülscher

aus Wandsbek.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

No. 14.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**

z. Zt. Dekan.

Der Zusammenhang zwischen Infektionskrankheiten und psychischen Störungen ist eine altbekannte Tatsache. Die meisten derartigen Fälle entgehen leider der erwünschten genauen Beobachtung, da sie von nichtpsychiatrischer Seite behandelt und für unsere heutigen Ansprüche nicht eingehend genug beschrieben werden. Es wird oft zu wenig Wert zum Beispiel darauf gelegt, ob sich die psychischen Erscheinungen im Anschluß an eine akute Infektionskrankheit entwickelt haben, oder ob die Infektionskrankheit als eine Nebenerkrankung bei schon bestehender Psychose zu betrachten ist u. s. w. Um ein größeres einwandfreies Material zu bekommen, aus dem man einen Überblick über Art und Häufigkeit der Erkrankungen gewinnen könnte, müßte eine genaue psychiatrische Beobachtung auch der inneren Fälle erwirkt werden.

Man hat früher versucht, ein einheitliches Krankheitsbild der Infektionspsychose von den übrigen Psychosen abzugrenzen. Man schob den einzelnen Symptomen besondere Bedeutung für das Zustandekommen der Psychose zu, wie z. B. der Infektion, dem Fieber, der Erschöpfung, dem Kollaps u. s. w. und erfand dem entsprechend Bezeichnungen, wie Infektionsdelirien, Fieberdelirien, Erschöpfungsamentia u. s. w. Überblickt man nun aber alle in dieses Gebiet fallenden Psychosen, so trifft man fast überall die gleichmäßigen psychischen Symptome, Delirien und die akute halluzinatorische Verwirrtheit, die Amentia. Als Ursache

für das Zustandekommen dieser Erkrankungen führt man die Infektionskrankheiten und Vergiftungen durch Alkohol Tabak, Blei und Medikamente an, unter letzteren besonders häufig die Salicylsäure. Siemerling führt zum Beispiel die starken Gehörstäuschungen, die bei akutem Gelenkrheumatismus vorkommen, auf die Verabfolgung größerer Dosen Salicylsäure zurück.

Man unterscheidet zweckmäßiger Weise bei den Infektionskrankheiten, in deren Verlauf sich Psychosen einstellen, zwei Stadien, in denen die psychischen Störungen am liebsten zu Tage treten, den Beginn und Bestand und den Abfall des Fiebers. Einige Autoren wollten sogar die Psychose des Fieberabfalls vollkommen von den Infektionspsychosen getrennt wissen. Siemerling, Räcke, Meyer, Strunsky halten dies aber für unmöglich, da die Ähnlichkeit der Symptome und der Entwicklung zu groß ist.

Betrachten wir nun zunächst die Psychosen des Fieberstadiums nach ihrem Entstehen und ihrem Verlauf. Sie beginnen mit dem Fieberdelirium, das man früher nicht als psychische Störung gelten lassen wollte, bis Jakobi die Anerkennung des Fieberdeliriums als psychische Störung durchsetzte. Ein genaues Bild der Fieberdelirien nach den Symptomen hat Liebermeister geschildert und dieses gilt im großen und ganzen noch heute. Er hat ein Schema geschaffen, das sich allerdings nicht immer durchführen läßt. da mit Steigen und Fallen des Fiebers die Schwere des Deliriums auch zunimmt und abnimmt, das oft schon in den Tagesremissionen des Fiebers erhebliche Schwankungen in seiner Intensität erkennen läßt.

Nach Liebermeister beginnen die Fieberdelirien mit dem ersten Stadium der prodromalen Hirnerscheinungen bei erhaltener Orientierung. Der Kranke klagt über Kopfschmerzen, subjektives Abspannungsgefühl, Reizbarkeit der Psyche, Überempfindlichkeit gegen Lärm und Licht. Der Schlaf ist unruhig, von lebhaften Träumen begleitet. Schon in diesem Anfangsstadium gibt es starke Unterschiede, erstens nach der leicht manischen Seite hin mit Euphorie, leichter Redelustigkeit, erhöhtem Tätigkeitsdrang und ge-

steigerter Reaktion auf äußere Einflüsse, während auf der anderen Seite der Patient von Anfang an über schwere Besinnlichkeit und Benommenheit klagt.

Beim Übergang zum zweiten Stadium der eigentlichen Delirien kommt es vor allem zu Lichterscheinungen bei geschlossenen Augenlidern, die bei geöffneten Augenlidern sofort verschwinden. Der Kranke will deshalb nicht schlafen und ist sehr ängstlich. Im weiteren Verlauf verliert er die Orientierung über seine Umgebung, leidet sehr unter hauptsächlich optischen Halluzinationen, bei denen der Affekt rasch wechselt zwischen Angst, Trauer, Frohsinn, Weinen und Lachen. Dabei steht der Kranke unter einer motorischen Unruhe, die in schweren Fällen choreaartig sein kann.

Das dritte Stadium steht unter dem Bilde der schweren Erweckbarkeit, stärkeren Bewußtseinstrübung und Verstärkung der motorischen Unruhe bis zur Jaktation, und geht allmählich unter Zunahme der Benommenheit in Koma über.

Liebermeister legt einen großen Wert auf das bestehende Fieber bei den Infektionspsychosen. Der Standpunkt ist aber schon wieder verlassen worden, da dieselben Delirien vor Beginn des Fiebers auftreten können und ohne Zusammenhang mit der Höhe des Fiebers leichter oder schwerer verlaufen. Auch Versuche mit Wärmestauung und Kaltwasserbehandlung, die von verschiedenen Seiten angestellt worden sind, geben kein einwandfreies und beweisendes Resultat. Das wesentliche Moment ist in der toxischen Wirkung der Infektionserreger zu erblicken.

Kräpelin wollte neben den Fieberdelirien die Infektionsdelirien bestehen lassen wegen der oben erwähnten Unabhängigkeit der Delirien von dem Fieber und seiner Höhe, und, weil nicht alle Infektionsdelirien denselben Lauf nehmen, wie die oben beschriebenen. Aschaffenburg lehnt diese Trennung ab, weil es doch zu keiner Klärung der klinischen Tatbestände führen würde, ebensowenig wie die Trennung der sogenannten Initialdelirien von denen der Fieberhöhe. Man könne diese psychischen Störungen weder nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens im Verlaufe der zu

Grunde liegenden Infektionskrankheit, noch nach der Fieberhöhe und der toxischen Wirkung einteilen, sondern am besten nach den Symptomen. Er unterscheidet

1) Infektiöse epileptiforme Erregungszustände mit nachfolgendem Stupor,

2) Amentia.

Die erstere Form entwickelt sich entweder aus Fieberdelirien heraus, treten aber auch oft aus völliger psychischer Klarheit heraus auf mit Zuständen schwerer ängstlicher Erregung während des Fiebers. Wir haben das Bild eines epileptischen Dämmerzustandes mit Angstvorstellungen, zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit, oft mit ängstlichen Erregungen. Schließlich wird der Zustand mehr und mehr stuporös, teilweise mit kortikalen Symptomen.

Dann können die Fieberpsychosen auch den Charakter der Amentia annehmen, entweder aus Delirien heraus oder an ihrer Stelle, besonders bei lange Zeit andauernden fieberhaften Erkrankungen. Bei ihnen ist die Benommenheit weniger hervortretend und die motorische Unruhe tritt mehr in den Vordergrund über Beschäftigungswahn und jaktationsartige motorische Unruhe hinaus. Die Hauptsymptome sind das Fehlen des inneren Zusammenhanges der Gedankenfolge, Aufstehen aus dem Bett, Wühlen im Bett, die Kranken steigen zu anderen in das Bett, knieen nieder, folgen dem Befehl oder Verbot von gehörten Stimmen. Rededrang, Mutazismus, Fratzenschneiden, choreaartige Zuckungen, Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten, akustische und optische Hyperästhesie, Schreckhaftigkeit, Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen, religiöse Angstvorstellungen u. s. w. vervollständigen das Bild der halluzinatorischen Fieber-Amentia. Mitunter nimmt sie auch eine katatonische Form an, indem zu den übrigen Symptomen, die dann noch stärker ausgeprägt sind, ausgesprochener Negativismus tritt. Schließlich gibt es noch eine manische Form, bei der gesteigerte Ablenkbarkeit, Benommenheit, gehobener Affekt, Unorientiertheit und traumhafte Halluzinationen im Vordergrund der Erscheinungen stehen.

Nun kommen wir zu den Psychosen im Stadium der Deferveszenz, wo wir auch die epileptiforme Art mit Erregungs- und Angstzuständen unter starker motorischer Erregung, seltener delirante Dämmerzustände finden. Am häufigsten kommen hier Psychosen mit dem Charakter der Amentia vor, bei denen man auch je nach den Hauptsymptomen halluzinatorische, katatonische und ideenflüchtige inkohärente Formen unterscheiden kann.

Über den weiteren Verlauf der Infektionspsychosen wäre noch einiges zu sagen. Oft tritt plötzliches Erwachen aus der Psychose ein, besonders bei deliranten und epileptiformen Zuständen, in seltenen Fällen auch bei der Amentia. Jedoch kommt es bei ihr meist zu einem allmählichen Abklingen der psychotischen Symptome. Bei länger andauerndem Fieber kommt es zu einem besonderen Krankheitsbild mit subjektiven Klagen über Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Parästhesien, schweren ängstigenden Träumen. Bonhöfer nennt es hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände. Sie können wochenlang dauern und führen dann zu voller Genesung oder bei fortdauernder Infektionskrankheit zum Tode.

Eine weitere Verlaufsform ist der Korsakowsche anamnestische Zustand. Er entwickelt sich meistens aus Delirien und Stupor heraus, oft auch aus der Amentia nach Ablauf der heftigsten Erregungen. Es bildet sich eine eigenartige Gedächtnisstörung heraus. Der Kranke verliert teilweise oder ganz seine Merkfähigkeit, seine Orientierung, Erinnerung an die jüngstverflossene Zeit, wobei er die Lücken in seinem Gedächtnis durch Konfabulation ergänzt.

Schließlich gibt es noch eine meningitische Verlaufsform, die unter den Erscheinungen eines schweren Deliriums, vereint mit klonischen Zuckungen der Muskulatur, der Extremitäten und des Gesichts, Grimassieren, Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur, lallender Sprache unter zunehmender Benommenheit zum Koma und Tode führt.

Infektionspsychosen können bei jeder akuten oder chronischen Infektionskrankheit auftreten, doch sind einige Infektionskrankheiten besonders für psychische Erkrankungen

prädestiniert, z. B. Typhus und akuter Gelenkrheumatismus, bei denen der Verlauf der Psychose oft besonders schwer und stürmisch ist.

Nach Adler setzen bei Gelenkrheumatismus die Psychosen mit Vorliebe am Ende der ersten und am Anfang der zweiten Woche ein. Einen solchen Fall beschreibt Hampel in seiner Doktor-Dissertation (Kiel 1913):

Ein 57 jähriger Kaufmann, der früher wiederholt Gichtanfälle gehabt hat, bekam Ende April 1912 nach einer Erkältung einen akuten Gelenkrheumatismus mit sehr heftigen Schmerzen und Temperatur 39°. Trotz Morphin und Veronal war er schlaflos. Darauf erhielt er einige Tage große Dosen Salicylsäure (12 g p. d.). Seit Beginn des Fiebers war Patient unruhig. Die Unruhe steigerte sich noch. Er wurde aufgeregt, ängstlich, war desorientiert, hörte Stimmen, sah Gestalten, sprach vor sich hin und drängte zum Bett hinaus. Dieser Zustand dauerte bis Anfang Mai 1912. Darauf traten mit dem Nachlassen der Schmerzen allmähliche Beruhigung und Aufhellung des Bewußtseins ein, sodaß Patient nach einigen Wochen geheilt entlassen werden konnte.

Häufig bringt aber auch das Stadium der Deferveszenz bei akutem Gelenkrheumatismus psychische Störungen mit sich, wobei in sehr zahlreichen Fällen der Zusammenhang der Psychose mit dem Gelenkrheumatismus sehr lose ist. Interessant ist folgender Fall, in dem wir eine Psychose sich entwickeln sehen nach überstandenem Gelenkrheumatismus vergesellschaftet mit beginnender Polineuritis:

Am 9. Juni 1914 wurde Frau Wilhelmine P. von ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter auf Wunsch des Hausarztes in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel eingeliefert. Die Anamnese wurde von den begleitenden Verwandten abgegeben und enthält folgendes:

Patientin ist 54 Jahre alt.

1 Sohn Neurastheniker.

2 Basen endeten durch Selbstmord. Sonst keine Nervenkrankheiten in der Familie. Mann an Gehirnschlag gestorben, die Kinder sind gesund. Eine Tochter starb vor

4 Jahren an Kehlkopfschwindsucht, das habe den Anlaß zur jetzigen Erkrankung gegeben. Als Kind und auch später ist sie nie krank gewesen; in der Schule lernte sie gut und kam normal vorwärts. Sie war 27 Jahre verheiratet. Nach dem Tode des Mannes vor 6 Jahren führte sie das Geschäft allein weiter. Sie trauerte sehr lange dem Verstorbenen nach und ging nicht aus dem Hause. Nach dem Tode der Tochter wurde sie fast menschenscheu, schloß sich ganz vom Verkehr ab, weinte viel und war still und gedrückt. Nach etwa 2 Jahren trat allmählich eine Besserung ein. Sie führte dauernd ihr Geschäft allein und mit gutem Erfolg. Vor 8 Wochen machte sie Gelenkrheumatismus und Influenza durch. Sie war 4 Wochen krank, hatte danach aber noch dicke Füße und starkes Herzklopfen. Sie äußerte, sie möchte sich wegschlafen, nahm 5—6 Pulver, die ihr vom Arzt zum Schlafen verordnet waren, auf einmal. Den Verwandten fiel die Veränderung erst deutlich vor 8 Tagen auf. Die Patientin sprach irre, von der Hochzeit des Sohnes (derselbe ist garnicht verlobt), stand morgens auf, früher als gewöhnlich, sagte, sie sei verrückt und wolle sich ertränken. Vorgestern versuchte sie sich die Pulsader zu öffnen, einmal aus dem Fenster zu springen. Sie weint viel, ruft nach allen Verwandten, wühlt im Bett herum, ist bei Tage dauernd in Bewegung. Sie hört Stimmen, Automobile, das Telephon. Wenn der Wind weht, hört sie Ratten und Mäuse. Sie glaubt, falsch ausgesagt zu haben, sie habe allen Leuten Unrecht zugefügt, sie dürfe nicht lachen; sie sei nicht krank. Heute sei sie freiwillig mitgekommen; sie grüßte alle Leute freundlich, während sie früher die Fenstervorhänge immer dicht hatte, damit man sie nicht sähe.

Gedächtnis für die Gegenwart hat sie vollständig verloren.

Letzte Nacht war sie ganz verwirrt, schlug nach den Angehörigen, schimpfte viel.

Menopause, seit wann, unbekannt. Die Leute sagten, sie sei in anderen Umständen.

Salicyl soll sie nicht bekommen haben, aber andere

Medizin, jedoch erst dann, als die Krankheit bereits ausgebrochen war.

9. VI. Vom Sohn zur Aufnahme gebracht, folgt sie ziemlich willenlos auf die Abteilung. Dort läuft sie planlos umher, läßt sich dann willig zu Bett legen. Im Bett nimmt sie eine eigentümliche Haltung ein, beugt den Körper und berührt mit dem Kopf beinahe die Füße.

Größe: 156 cm.

Gewicht: 60,7 kg.

Sie wird ins Untersuchungszimmer geführt, gibt ihre Personalien an, setzt sich ziemlich nonchalant auf den Stuhl, legt die Unterarme auf den Tisch, ergreift Zettel, die auf dem Tisch umherliegen, liest darin, fragt dann: Wie heißt meine jetzige Schwiegertochter?

Sucht von weit weg einen Brief, der auf dem Tisch liegt, zu erhaschen, fährt dann erschreckt auf, als man es ihr untersagt, fährt fort, vom windigen Wetter in der Probstei zu sprechen.

(Wie alt sind Sie?) »Ich bin 60 geboren«.

(Wie alt also jetzt?) »40 . . . Meine Haare sind ja hypnotisiert.«

(Wie alt?) »40 und 14 — 54«.

(Wo sind Sie jetzt?) »Jetzt bin ich in Schönberg in der Probstei.«

(Ist das hier Schönberg?) »Nein, wo ich jetzt bin, das ist ja ganz anderes, das kann ich garnicht sagen.«

(Wo sind Sie denn jetzt?) »Wie heißt das noch? Ich bin jetzt hier wohl im Gefängnis«

(Warum glauben Sie das?) »Nein, das denk ich nu nicht. Jetzt muß ich wohl zur Arbeit gehen.«

(Was ist dies für ein Haus?) »Ein Steinhaus, Mauerhaus, Kirche.«

(Ist das hier denn eine Kirche? »Ja, Sie sind doch mit mir nach dem Kirchhof gewesen. Ich bin doch noch nicht beerdigt.«

(Glauben Sie wirklich, daß das hier die Kirche ist?) »Gotteshaus«.

(Warum sind hier so viel Betten?) »Ist es auch ein Arbeitshaus? Oder so was? Kann es auch sein.«

(Weshalb sind Sie denn hier?) »Ich muß hier arbeiten.«

(Wer hat Sie hierher gebracht?) »Nach Schönberg? Hierher? — Das weiß ich nicht.«

(Wer bin ich denn?) »Ich weiß nicht, kenne Sie nicht.«

(Was bin ich?) »Weiß ich auch nicht? Maler, nee, mein ich auch nicht. Sie sind wohl Doktor, Apotheker, Arzt, Sie riechen ja nach Medizin.«

(Weshalb sprech ich mit Ihnen?) »Weil ich . . weil Sie hier Arzt . . . was sind Sie denn? Sie wollen wissen, was ich bin . . . Ich bin Tochter von Richard P., ist es nicht so?«

(Sie sind jetzt im Krankenhaus). Affektlos: »Ich bin im Krankenhaus, kann auch sein«.

(Weshalb sind Sie denn im Krankenhaus?) »Weil ich krank bin.«

(Was fehlt Ihnen denn?) »Ich hab es im Hals.«

(Was haben Sie im Hals?) »Ich bin unwohl.«

(Im Kopf krank?) Affektlos: »Ja«.

(Was fehlt Ihnen da?) »Was mir im Kopf fehlt? Ach, mir fehlt nichts . . . Gesundheit.«

(Ist der Kopf klar?) »Ja, jetzt ist er klar.«

(Ist er nicht immer klar gewesen?) »Immer nicht.«

(Was hat Ihnen denn gefehlt?) »Ich war nicht recht bei Troste.«

(Haben Sie Rheumatismus gehabt?) »Vom 31. März bis zum 14. April.«

(In welchem Jahr?) »Wie?«

(In welchem Jahr?) »1814 . . . 1914«.

(Welches Jahr ist jetzt?) »1914«.

(Welches Datum ist heute?) »Was haben wir jetzt . . . April oder Mai . . . Juni, den 6.«

(Welchen Wochentag?) »Wochentag, haben wir den 14? Ich kann es garnicht sagen.«

(Den Wochentag?) »Mittwoch den 14. Juni« (Dienstag, den 9.).

(Wie lange sind Sie schon in diesem Haus?) »Hier in dieses Haus?) 3 Wochen.« (Faktisch 5 Stunden).

(Hier schon 3 Wochen?) »Mh . . .«.

(Was ist das für ein Haus?) »Armenhaus . . . (plötzlich lebhaft) Nervenklinik ist es ja . . . das steht ja da«. (Deutet auf einen Bogen, auf dem es steht).

(Wie lange sind Sie hier in der Nervenklinik?) »4 Wochen, länger bin ich wohl noch nicht hier.«

(Haben Sie dauernd zu Bett gelegen?) »In der Nervenklinik? Nein«.

(Wie lange sind Sie denn in diesem Zimmer?) »Paar Stunden« (20 Min.).

(Was haben Sie hier gemacht?) »Jetzt hab ich hier gesessen und gesagt, was Sie hier schreiben.«

(Sind Sie ängstlich zu Hause gewesen?) »Ja«.

(Warum denn?) »Weiß ich selber nicht.«

(Hörten Sie immer was?) »Ja, ich hörte was und sah was und so was«.

(Was hörten Sie denn?) »Allerlei, Gekrabbel und was es nicht war.«

(Was für Gekrabbel?) »Ratten und Mäuse sind es wohl gewesen, mehrmal gehört.«

(Es war wohl Einbildung?) »Einbildung ist es wohl gewesen. War nervös.«

(Haben Sie es für echt gehalten?) »Ja«.

(Jetzt noch für echt? »Ja«.

(Ich denke für Einbildung?) »Ja, Einbildung ist es wohl gewesen.«

(Hörten Sie sonst noch was?) »Kam wohl ein Auto mit oder Wagengerassel, da wurde ich grulig«.

(Haben Sie je davon was gesehen?) »Ratten und Mäuse und allerlei. Mehr kann ich nicht erzählen.«

(Haben Sie die blos am Tage gesehen?) »Blos am Tage gesehen und auch in der Nacht.«

(Was denn nachts?) »Blitzen und so was am Himmel.«

(War es Einbildung?) »Ach, Einbildung ist es wohl gewesen.«

(Was bedeutet denn das Hypnotisieren?) »Ich weiß nicht, wie's getan wird.«

(Wer hat Sie hypnotisiert?) »Vorgestern, ich weiß nicht, wer es getan hat.«

(Woran haben Sie es denn gemerkt?) »Es kitzelte so allenthalben.«

Als von drüben her Schreien ertönt, sagt sie plötzlich: »Sind das nun Kinder oder Katzen? Werden die Kinder nun alle aufgeschrieben hier, oder sind sie gestorben?«

(Hören Sie jetzt noch Stimmen?) »Augenblicklich nicht.«

Das Hypnotisieren will sie nicht gesehen, nur gefühlt haben. Kitzeln habe sie gespürt, im Leibe und allenthalben.

(Haben Sie vielleicht Magenschmerzen gehabt?) »Gewiß«.

Alles sagt Patientin sehr affektlos, ohne viel zu denken. Die habituelle Aufmerksamkeit ist entschieden etwas vermindert. Sie starrt viel vor sich hin und führt dann Handlungen aus, die unüberlegt erscheinen, greift plötzlich nach irgendwelchen Gegenständen u. s. w. Die Erweckbarkeit ist dagegen in keiner Weise gestört. Negativistische Erscheinungen bestehen nicht. Die Sätze, die gesprochen werden, sind richtig gebaut, manchmal erscheint sie etwas inkohärent.

Gegenstände werden richtig benannt, auch wenn sie weit von der Patientin entfernt gehalten werden in ungünstigem Licht.

Früher sei sie nie krank gewesen, habe wohl mal mit Kopfschmerzen gehabt. Sie habe 3 Kinder gehabt, davon seien 2 gestorben, das lebende Kind sei »hier mit«, sei nicht verheiratet. »Es geht noch zur Schule.«

(Wie alt ist es denn?) »14 . . . 15«.

(Ich denk, es ist Schalterbeamter?) »Der ist ¼ . . . 34 ist er«.

(Das ist Ihr Sohn?) »Ja, Karl P.«

(Der geht noch zur Schule?) »Nein, er geht nicht zur Schule.«

Auf einmal sagt sie: »Soll ich was sagen, Wilhelmine?«)

(Zu wem sprechen Sie?) »Zu mir selber«.

Zahl, die sie sich merken soll, nach wenigen Minuten vergessen. Menses seien vorbei, »paar Tage habe ich's noch gehabt«. Sie habe jetzt ihre Periode.

(Sie haben doch keine Regel mehr?) »Nein, die hab' ich nicht mehr.«

Heil-Cromersche Bilder:

Tisch I prompt +.
Lampe I „ +.
Kirche I „ +.
Mühle I ⊖ (»Weiß nicht«).
II +.

(Unterschied gegen I?) »Das kann ich nicht sagen.«

Kanone: I. »Topf«.
II. »Hase oder was? Eine Sckiebkarre, sowas.«
III. »Auch eine Schiebkarre.«

Status vom 9. VI. 14.

Patientin ist eine mittelgroße Frau, von mittelkräftigem Knochenbau, guter Muskulatur und Fettpolstern in gutem Ernährungszustande.

Gelenkschwellungen bestehen nicht mehr.
Schleimhäute feucht und gut durchblutet.
Schädelumfang 55½ cm.
Schädel weder auf Druck noch Klopfen empfindlich.
Pupillen gleich weit, mittelweit, rund.
R. L. +.
R. C. +.
A. B. frei.
VII. symmetrisch.
XII. gerade, zittrig, nicht belegt.
Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.
Würgreflex: +.
Zahnprothese im Oberkiefer.
Keine Struma.
Keine artikulatorische Sprachstörungen.
Elektrische Erregbarkeit am Muskel: o. B., am Nerven erhöht, lebhaft.
Motilität der Arme frei.

Große Nervenstämme eine Spur druckempfindlich, ebenso Trigeminus, dagegen Ischiadicus und Wadenmuskulatur nicht druckempfindlich.

Reflexe der oberen Extremitäten: +.

Kniephänomen: lebhaft.

Achillessehnenreflexe: +.

Kein Klonus.

Romberg: ⊖.

Zehen plantar.

Pinselberührung lokalisiert.

Spitz und stumpf meist unterschieden, einige Male aus psychischen Gründen verwechselt.

Puls: 90, regelmäßig, Arterie nicht besonders rigide.

Herz: Die Töne sind rein, auch an der Basis, nicht verbreitert.

Aorta: nicht verbreitert.

Lungen: links, hinten, unten ganz leichte Schallabschwächung.

Im übrigen Grenzen normal.

Atemgeräusch laut, rein.

Abdomen: weich, vorgetrieben, keine Tumoren zu fühlen, keine Druckempfindlichkeit.

Bauchdeckenreflexe: +.

Urin: frei von E. u. Z.

10. VI. Patientin hat in der Nacht ziemlich gut geschlafen und verhält sich auch am Morgen ziemlich ruhig, aber äußerst verschroben, nimmt »Haltungen« an, macht stereotype Bewegungen, nickt, blinzelt, verdreht den Kopf, gestikuliert etwas mit den Armen, nimmt spontan von der Umgebung keine Notiz, ist etwas versunken. Sie ist aber, wie gestern, ziemlich schnell erweckbar und gibt formal leidlich geordnete Auskunft. Die Bewegungen will sie machen, weil sie Ratten und Mäuse sähe, die sie auffressen wollten. Sie sucht auch im Bett herum, weil dort Ratten und Mäuse seien. Affekt nicht sehr ausgesprochen.

Auf Befragen nicht orientiert: »Im Armenhaus.«

(Wer bin ich?) »Mein Sohn? Nein, der sind Sie nicht.«

Nahrungsaufnahme gut, ebenso der Schlaf.

12. VI. Patientin macht fast stets einen traumhaft versunkenen Eindruck. Bisweilen vertieft sich der Stupor, und kataleptische Erscheinungen, ohne Vermehrung der Spannung in den Muskeln treten in großer Intensität auf.

Verschiedene Minuten lang bleiben die erhobenen Arme stehen. Etwas Katalepsie zeigt sich auch in den Beinen, stärkere im Kopf. Im Übrigen keine besondere »Befehls-Automatie«, doch haben auch die Spontanbewegungen etwas automatenhaftes, und zeitweilig kommt es zu einem triebhaften Verlassen des Bettes. An den wenigen Antworten, die erzielbar sind, erkennt man, daß Patientin ganz desorientiert ist.

15. VI. Zeitweilige delirante Unruhe, viel Umherwühlen im Bett. Sie glaubt wieder, Ratten und Mäuse im Bett zu sehen. Sie verkennt Personen der Umgebung, hält eine neben ihr liegende Patientin für ihre Tochter oder ihre Schwiegertochter, obgleich ihre Tochter schon mehrere Jahre tot ist.

19. VI. In den letzten Tagen mehren sich die Unruhezustände. Patientin drängt öfters aus dem Bett und weint, wenn man sie zurückhält Dabei erscheint sie ganz verwirrt, ihre Auffassung ist deutlich erschwert. Die Gedanken werden schlecht verarbeitet. Sie glaubt, in ihrem eigenen Hause zu sein. Den Arzt identifiziert sie als Doktor.

Keine somatischen Erscheinungen. Kein Fieber.

26. VI. Patientin bleibt in demselben bald stuporösen, bald triebhaft unruhigen Zustande. Keine negativistischen Erscheinungen. Immer bietet sich das Bild starker Ratlosigkeit, namentlich dann, wenn man sie zu explorieren und ihre Orientiertheit zu prüfen sucht. Bisweilen antwortet sie dann ganz inkohärent, mitunter auch adäquat. Sie ist etwas erschwert ansprechbar. Mitunter spricht sie auch vor sich hin, am Arzt vorbei, sagt, sie rede mit dem Onkel. Sie wühlt dauernd im Bett herum.

29. VI. Patientin gerät in große Unruhe. Sie jammert sehr viel und erscheint ängstlich. Dabei kneift sie die Augen zu und spricht viel leise oder halblaut vor sich hin. Sie äußert verschiedene Vorstellungen, manchmal die Idee, daß ihre Kinder umgekommen seien; dann, daß sie hingerichtet werden solle usw. Sie ruft ihre Kinder mit Namen. Sie bekommt eine Packung, stöhnt darin sehr, daß es sie drücke. Habituelle Aufmerksamkeit stark vermindert.

30. VI. Bisweilen liegt Patientin in einem eigentümlich delirierenden Zustande da. Mit geschlossenen Augen spricht sie leise in weinerlichem Ton in Unterhaltungsform vor sich hin, ruft verschiedene Vornamen, spricht manchmal auch ganz inkohärent. Sie macht dabei einen schwerbesinnlichen Eindruck, ist erschwert erweckbar, desorientiert. Der Grad der Desorientierung wechselt erheblich. Temperatur dauernd normal.

3. VII. Patientin stöhnt in der letzten Zeit erheblich viel mehr, scheint viele Schmerzen zu haben. Alle Bewegungen, die mit Patientin angestellt werden, sind besonders schmerzbringend. Es besteht starke Druckempfindlichkeit des Trigeminus und der großen Nervenstämme an den Armen. Außerdem sind passive Bewegungen der Beine besonders schmerzhaft, obwohl die Gelenke nicht angeschwollen sind; das linke Kniephänomen ist heute nicht auslösbar.

Femoralis in Inguinalfurche druckempfindlich.

Sie schwitzt auf Melubrin.

5. VII. Zunehmende Benommenheit und Temperaturanstieg auf 38,5°. An einzelnen kleinen Gelenken treten mitunter leichte vorübergehende Schwellungen und Rötungen auf, die ziemlich schnell wieder verschwinden. Bei Bewegungen der Gliedmaßen stöhnt sie sehr, eigentliche Nackensteifigkeit besteht jedoch nicht. Die Arme fallen, passiv erhoben, ziemlich schlaff herab, eine völlige Lähmung besteht jedoch nicht. Ebenso fallen die Beine herab.

Patientin steht nicht mehr. Patientin ist schwer erweckbar, öffnet auch beim Sprechen kaum die fast stets geschlossenen Augen. (Doch vermag sie die Augen kurze Zeit offen zu halten). Auf scharfen Anruf und öftere Wiederholung der Aufforderung fixiert sie aber einige Zeit Gegenstände, die man ihr vorhält. Sie zeigt im Sprechen eine eigentümliche Manier, halb stöhnend, halb singend zu lautieren, in merkwürdiger Staccatoweise; außerdem besteht Neigung zur Perseveration. Da sie sehr undeutlich spricht, so ist vieles von dem, was sie sagt, nicht ganz verständlich.

(Wer bin ich?) »He . . Her . . Her . . Heger . . He . . Herr . . Ha . . ger.«

Benennen:

(Bleistift). »Schlüssel« Schlü . . ssel . . ein . . Schlü . . ssel.«

(Uhr). »Ein Schlü . . ssel, ein Schlü . . ssel.«

Patientin wiederholt auch manche Worte, z. B. das fragende »Wie« des Arztes in perseveratorischer Weise.

Halb singend, halb staccato sprechend, perseveriert sie lange: »Ha . . ha . . ha hahn . .«, allmählich geht das Singen in ein Stöhnen über.

Im Urin Albumen +.

7. VII. Fieber noch etwas gestiegen. Benommenheit hat zugenommen. Patientin schluckt aber noch ganz gut. Sie stöhnt viel. Parese der Arme scheint zugenommen zu haben.

Reflexe der oberen Extremitäten sind wenigstens links nicht auszulösen, auch das Kniephänomen fehlt links und ist rechts auch nur schwach vorhanden.

Lähmungserscheinungen an den Hirnnerven sind nicht nachzuweisen.

Pupillen sind etwas hyperämisch.

Temperatur: 39,6.

8. VII. Die Benommenheit der Patientin hat noch zugenommen, hat sich fast bis zum Koma gesteigert.

Patientin schluckt nicht mehr, gibt keine Antwort mehr. Der Puls ist vormittags noch sehr kräftig und nicht stark beschleunigt. Die Muskulatur ist auch heute noch druckempfindlich. Der linke Mundwinkel hängt seit Vormittags, nachmittags noch etwas stärker. Wegen des Koma sind die Paresen an den Gliedmaßen nicht mit Sicherheit festzustellen, doch fallen die erhobenen Gliedmaßen auffallend schlaff herab. Die Reflexe der oberen Extremitäten fehlen, während die direkte Muskelerregbarkeit beiderseits erhalten ist.

Kniephänomen links erloschen, rechts schwach auslösbar.

Nachmittags wird die Atmung stertorös. Über den Lungen keine Dämpfung. Atemgeräusch verschärft, nicht bronchial.

Temperatur 39,6.

9. VII. Exitus letalis morgens 5 Uhr.

Die Sektion im Königlichen pathologischen Institut zu Kiel ergab folgendes:

Chronischer Bronchialkatarrh, starkes Ödem der Lungen, kleine Blutungen und bronchopneumonische Herde. Lungenemphysem. Leichte Erweiterung des rechten Herzens. Verfettung der Herzmuskulatur. Sklerose der Lungenarterienäste. Ziemlich starke Atherosklerose der Aorta, Mitral- und Aortenklappen, sowie peripherer Arterien. Braune Atrophie der Herzmuskulatur, der Nebennieren und Leber. Pulpa- und Follikelschwellung der Milz. Schwellung der Darmfollikel. Stauungs- und Fettnieren. Hämosiderose der Milz. Cystitis cystica. Kleine Cysten der Cervix und des Corpus uteri. Atrophie der Eierstöcke.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich um eine 54jährige Frau aus nicht belasteter Familie, die durch Todesfälle im näheren Verwandtenkreise sehr niedergedrückt war, dabei aber mit Erfolg arbeitete. 8 Wochen vor der Anstaltsaufnahme machte sie einen schweren Gelenkrheumatismus durch, der nach 4 Wochen heilte. 3 Wochen später bemerkten die Verwandten erst eine Veränderung im Wesen der Patientin. Sie äußerte Todesgedanken, war unruhig, weinte viel, hörte Stimmen, verlor das Gedächtnis für die letzte Zeit, hatte nachts Erregungszustände und machte schließlich mehrere Versuche, sich das Leben zu nehmen.

Somatisch kein besonderer Befund, außer Druckempfindlichkeit der großen Nervenstämme. Bei der Aufnahme ist sie desorientiert, die Sprache affektlos, inkohärent, ohne Aufmerksamkeit. Die Erweckbarkeit ist nicht gestört. In den nächsten Tagen nimmt sie verschrobene Stellungen an, macht stereotype Bewegungen, um Ratten und Mäuse zu verscheuchen, die sie auffressen wollten. Zuweilen vertieft sich der Stupor und kataleptische Erscheinungen ohne vermehrte Muskelspannung treten auf. Patientin ist vollkommen desorientiert, sie verläßt plötzlich das Bett. Der Zustand verschlimmert

sich immer mehr. Die deliranten Erregungszustände kommen von Tag zu Tag stärker zum Ausbruch. Die Auffassung ist stark erschwert, sie kann die Gedanken nicht mehr verarbeiten. Der Zustand wechselt zwischen Stupor und Delirien. Erweckbarkeit sehr erschwert. Anfang Juli ändert sich der somatische Befund. Polineuritische Erscheinungen mehren sich schnell. Gelenke sind frei, obwohl passive Bewegungen der Beine sehr schmerzhaft empfunden werden. Im weiteren Verlauf nimmt die Benommenheit immer mehr zu, Lähmungserscheinungen an Armen und Beinen treten auf. Geringe Erweckbarkeit. Unter Steigen des Fiebers Zunahme der Benommenheit. Reflexe garnicht oder nur schwer auslösbar, Koma, Lähmungserscheinungen der Hirnnerven. Am 9. Juli Exitus letalis.

Es handelt sich hier also, wenn man obige Betrachtungen zu Rate zieht, um eine Psychose, die mit Delirien beginnt und allmählich den Charakter einer Amentia mit Korsakowzügen annimmt und schließlich letal endet. Wir können sie ursächlich auf die überstandene Polyarthritis zurückführen oder auf die bestehende Polineuritis, die selbständig eine derartige Psychose im Gefolge haben kann, wie Westphal und Dufour sie beschrieben haben. Das Wahrscheinliche aber wird sein, daß beide Erkrankungen mit der Psychose in Zusammenhang zu bringen sind. Sicher sind auch die ersten Symptome viel früher, als angegeben, in Erscheinung getreten und von der Familie der Kranken übersehen worden, besonders da sie schon längere Zeit vorher still und zurückgezogen gelebt hat.

Zum Schluß wäre noch etwas über die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die man bei Infektionspsychosen am Gehirn findet, zu sagen. Es ist auf Anomalien der Blutfülle im Gehirn, Trübungen der Pia, Verwachsungen der Dura mit dem Schädeldach, Hirnödem, Veränderungen des Wasser- und Fettgehaltes der Hirnsubstanz hingewiesen worden. Bei akutem Delirium hat man auch ziemlich regelmäßig schwere Veränderungen der Zellen und Blutungen

der Rinde gefunden. Zu einem einwandfreien Resultat ist man aber noch nicht gekommen. In dem oben beschriebenen Falle ergab die Sektion nichts Besonderes am Gehirn.

* * *

Auch an dieser Stelle möchte ich nicht verfehlen, Herrn Geheimrat Dr. Siemerling meinen Dank auszusprechen für die Überlassung der Arbeit und die Unterstützung bei derselben.

Literatur.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Auflage.

Bonhöfer: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen (Handbuch der Psychiatrie, Spezieller Teil, 3. Abteilung, 1. Hälfte).

Siemerling: Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie (Bd. 61, S. 185), Bd. 53, 740.

Hampel: Über Delirium bei Gelenkrheumatismus (Inaug. Dissertation, Kiel 1913).

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 6. Auflage, Band I, S. 592.

Westphal: Korsakow-Typus mit neuritischen Symptomen.

Lebenslauf.

Am 25. Juni 1887 bin ich, Johann, Adolf, Werner Fülscher, evangelischer Konfession, in Wandsbek (Schleswig-Holstein) als Sohn des 1907 verstorbenen Rechtsanwaltes Heinrich Fülscher, geboren. Ich besuchte das Mathias-Klaudius-Gymnasium zu Wandsbek und bestand dort Ostern 1908 mein Abiturientenexamen. Ich wandte mich dem Studium der Medizin zu und studierte in München und Kiel, wo ich im Herbst 1910 meine ärztliche Vorprüfung bestand, dann in Freiburg und Kiel, um dort von Mai bis 2. August 1914 das medizinische Staatsexamen zu bestehen.